

研修生個人別診療費請求書

(レセプト=診療報酬明細書をご添付下さい)

20 年 月 日

一般財団法人海外産業人材育成協会 殿

診療
費
請
求
者

請求者名

住所

TEL

印

医療
機
関
へ
の
説
明

- ①「AOTS研修生の診療に関する証明書」(以下「医療カード」という。)の提示を求め、本人確認をお願いします。
- ②医療カードの有効期間は医療カード記載の研修期間です。
- ③AOTSの研修生の傷病にかかわる医療費は、本人負担金額分を当協会が負担します。
国民健康保険に加入の場合は本人負担金額、未加入の場合は全額をAOTSにご請求下さい。
健康保険法(社保単独・本人用)の取扱いに準じてご診療下さるようお願いします。
- ④本請求書(「研修生個人別診療費請求書」)用紙に必要事項をご記入、ご捺印の上、レセプト(診療報酬明細書または調剤報酬明細書)を添えて当協会宛にご郵送下さい。
- ⑤ご請求費用は、海外旅行保険特約契約を締結している損害保険会社(歯科診療は当協会)から、ご指定の口座にお振込みいたします。
- ⑥**歯科診療の場合**、応急処置のための鎮痛、抜歯、充填、歯冠修理等の診療費に限り負担します。
但し、国の単年度会計の制約上、請求書は**診療・調剤された年度内の3月16日までに必ず届くようお送り下さい。**
- ⑦本件については厚生労働省、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会のご承諾を戴いております。

貴協会研修生の傷病にかかわる(診療費、調剤費、立替金)として ¥ を請求致します。
下記の口座宛にお振込み下さい。

振込
先

銀行・信金

支店 / 金融機関コード:

支店コード:

1. 普通

2. 当座

口座名義 (フリガナ)

口座番号

研
修
生
情
報
欄

Trainee No. (研修生番号)	Country of residence (居住国・地域)	
Name in full (研修生氏名)	Date of birth (生年月日)	male(男)
		female(女)
Host Company (受入企業名)	The term of validity (有効期間)	
	From / / To / /	

受
入
企
業
記
入
欄

傷
病
の
内
容

1. 主な諸症状 ①熱がある ②下痢をする
③かゆみがある(発症部位:)
④体に痛みがある(発症部位:頭・耳・目・胃・腹部・腰・その他:)
⑤その他 ()
2. 受傷・発病の日時 月 日 時頃
3. 場所

現
認
者

受入企業名:
所属部署名: 氏 名:

請求先および問合せ先: 一般財団法人 海外産業人材育成協会(AOTS) 研修・派遣業務部 受入経理グループ
〒104-0061 東京都中央区銀座5-12-5 白鶴ビル4階 TEL:03-3549-3053 FAX:03-3549-3055
<https://www.aots.jp/>